

DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA Y/O HEPATITIS C. EL IMPACTO EN LA VIDA SEXUAL

Daniel Jones¹

Introducción

¿Qué ocurre con la vida sexual de aquellas personas que se enteran que conviven con VIH y/o hepatitis C? ¿Hay algún impacto significativo del diagnóstico? De haberlo, ¿en qué sentido se produce dicho impacto?

Mientras que las ciencias sociales han abordado en numerosos estudios el tema del sida, incluyendo la vida cotidiana de las personas afectadas por la enfermedad, no ha habido hasta el momento un estudio adecuado del impacto social de la hepatitis C, a pesar del gran número de personas afectadas.²

En este sentido, nuestra investigación en su etapa final presenta algunos resultados acerca de la vida cotidiana de personas que viven con VIH/sida y/o hepatitis C, ambas enfermedades crónicas graves pero con distinta significación social (la primera, entre otras cosas, asociada a la muerte y generadora de procesos de estigmatización; la segunda prácticamente desconocida –ignorada o confundida con otras patologías– por la mayoría de la población).³ Desde la sociología de la salud, las enfermedades crónicas se definen por las siguientes características: son a largo plazo; son inciertas en varios sentidos, incluyendo los pronósticos; requieren proporcionalmente enormes esfuerzos de cuidados paliativos (tanto para el paciente como para su entorno, en lo físico y en todo el resto); acarrear múltiples enfermedades; son muy intrusivas en las vidas de los pacientes y de sus hogares; su tratamiento requiere una amplia variedad de servicios auxiliares (asistencia psicológica, grupos de autoayuda, etc.) y tiene un costo elevado (Strauss et al 1984: 11-15).

Las personas afectadas por el sida y la hepatitis C, como en principio no se curan, gestionan la enfermedad, tratando de garantizar la mejor calidad de vida posible.⁴

Una vez que pasa el impacto del anuncio de la enfermedad, los padecimientos crónicos producen cambios y cierta reorganización de la vida cotidiana. Ante su nueva situación, los pacientes establecen estrategias de adaptación para entenderla y hacerle frente reorganizando sus vidas cotidianas y manejando (relativamente) los riesgos y la incertidumbre (Pierret 1992). Estas estrategias implican redefiniciones en las relaciones con los

¹ Becario del CONICET. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. E-mail: elmoro@arnet.com.ar

² Aproximadamente el 85% de las personas infectadas por el VHC/hepatitis C desarrollan hepatitis crónica (mientras que entre los infectados por HBV / hepatitis B sólo el 10% la desarrolla). La hepatitis C puede derivar en un hepatocarcinoma (un tipo de cáncer de hígado) o terminar volviendo al hígado cirrótico (opción frente a la cual se requiere un trasplante). En Estados Unidos, por ejemplo, entre el 20 y el 40% de los pacientes en lista de espera para trasplantes hepáticos tiene hepatitis C.

A diferencia de lo que ocurre con las hepatitis A y B, no existe vacuna ni cura para la hepatitis C crónica. El tratamiento más habitual consiste en la aplicación de inyecciones de interferón estándar y Peg interferón (a veces combinado con ribavirina) durante seis meses, aproximadamente. El tratamiento apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, pero el organismo no siempre responde favorablemente.

³ Proyecto UBACYT SO49: “Vida cotidiana y gestión de la enfermedad en pacientes con VIH/sida y en pacientes con HCV/hepatitis C.” Director: Mario Pecheny. Instituto de Investigaciones Gino Germani, FCS, UBA.

⁴ En el caso de la hepatitis C, más precisamente, existe un horizonte bastante incierto en cuanto a su cura. Hay personas que se curan sin realizar los tratamientos, mientras que entre las que sí los realizan algunas responden a él (un 50%, aproximadamente) y otras no.

demás (familiares, compañeros de trabajos, amigos, etc.) y en las relaciones y prácticas sociosexuales con parejas regulares y/u ocasionales.

Tal como señala Grimberg (2002: 45) para el caso del VIH/sida, el reconocimiento de su situación inicia para las personas afectadas diversas modalidades de confrontación con procesos de estigmatización y discriminación social que atraviesan la propia vida sexual, entre otras esferas de la vida cotidiana. Hasta entrada la segunda mitad de los noventa, los trabajos sobre la vida sexual de las personas con VIH eran escasos y no sistemáticos, concentrándose la mayor parte de la investigación en el problema de la protección sexual (Grimberg 2002: 48).

En el caso de la hepatitis C, a pesar de su alto grado de coinfección con el VIH y su carácter incurable, prácticamente no existen trabajos de investigación social (salvo aquellos más epidemiológicos o concentrados en los daños derivados del uso de drogas).⁵ Esta carencia de estudios sociales tiene su correlato en la falta de información socialmente disponible sobre la hepatitis C: generalmente las reacciones inmediatas después de conocer el diagnóstico fueron la incertidumbre y/o el desconocimiento, seguidas por un período de negación relativamente largo (facilitado por la mencionada falta de información disponible) (Pecheny et al 2002: 21). En esta línea, no se registran hasta el momento investigaciones que den cuenta del impacto de la hepatitis C sobre la vida sexual de quienes viven con ella.

El presente artículo analiza algunas características y cambios en la vida sexual de las personas que padecen VIH/sida y/o hepatitis C a partir del momento del conocimiento del diagnóstico. Para este fin, desarrollaremos una categoría (*el impacto del diagnóstico en la vida sexual*) delimitando sus propiedades y proponiendo las relaciones conceptuales entre categoría y propiedades y entre propiedades. Aquí utilizaremos la teoría fundamentada (en el inglés original, *grounded theory*), un estilo de investigación cualitativa en el que la construcción de teoría está basada en los datos empíricos que la sustentan, siguiendo un procedimiento de análisis inductivo.

Nuestro estudio comienza con una breve descripción de la muestra y la técnica utilizadas, dando cuenta del enfoque metodológico a partir del cual trabajamos. Luego, establecemos una categoría y delimitamos sus propiedades, donde realizamos una primera caracterización de las mismas considerando el impacto diferencial del diagnóstico según tipo de infección, sexo, estrato social y nivel educativo del entrevistado. Por último, establecemos un análisis de las relaciones conceptuales de la categoría y sus propiedades, y las relaciones entre éstas, utilizando algunas herramientas del construccionismo social (principalmente, la teoría de los guiones).

Muestra y metodología

Trabajamos con una muestra intencional de adultos seropositivos al VIH, o al HCV (virus de la hepatitis C) o coinfectados por ambos virus, que residieran del Área Metropolitana de Buenos Aires. Dicha muestra quedó conformada por un total de 29 entrevistados: 15 personas infectadas con VIH, 5 personas con hepatitis C y 9 personas con coinfección. Los entrevistados fueron 12 mujeres y 17 hombres (8 de ellos hombres que

⁵ Una excepción es el reciente trabajo de Kornblit, Mendes Diz, Camarotti y Federico, "Consumo de drogas e infección por el VIH", en Kornblit A. L. (compiladora), *Nuevos estudios de drogadicción* (en prensa).

tienen sexo con hombres), de un promedio de 35 años de edad y pertenecientes a diversos estratos sociales. Con respecto a la vía de transmisión, 9 fue por uso inyectable de drogas, 19 por relaciones sexuales sin protección (11 heterosexuales y 8 por sexo entre hombres) y 1 caso por transfusión.⁶

El instrumento de recolección de datos utilizado fue la entrevista semiestructurada, desarrollada en un único encuentro de una hora y media con cada entrevistado, el cual fue grabado (previo consentimiento del entrevistado).

Aquí partimos de la *teoría fundamentada* (desarrollada originalmente por Glaser y Strauss en 1967), utilizando los conceptos de este abordaje metodológico que consideramos útiles al momento de analizar nuestro problema de investigación. Tomamos el texto de las entrevistas desgrabadas y procedimos a su codificación (manual) siguiendo un manual de códigos, lo que nos permitió identificar categorías y propiedades a partir de los incidentes particulares. Este manual fue construido a partir de las dimensiones que fueron apareciendo en el proceso de lectura y anotación de cada una de las entrevistas. También trabajamos con el software Etnograph versión 4.0 para el proceso de codificación y recuperación de los datos codificados.

En la codificación, dimos la denominación *el impacto del diagnóstico en la vida sexual* a un conjunto variado de fragmentos de entrevista que comparten una misma idea: las modificaciones cuantitativas y cualitativas en la vida sexual del entrevistado a partir de su diagnóstico. Se buscó la integración de la categoría y sus propiedades mediante la comparación constante de incidente con incidente y de incidente con propiedades de la categoría, obligándonos así a construir el sentido de la misma en forma relacionada teóricamente. Posteriormente, intentamos delimitar la teorización en torno a la categoría *el impacto del diagnóstico en la vida sexual* clarificando su lógica, eliminando propiedades no relevantes e integrando nuevos detalles.

Por otra parte, descubrimos algunos criterios que permiten constituir *grupos* donde las propiedades asumen características diferenciales. El comparar estos *grupos* favorece el objetivo principal de generar teoría y establecer un control relevante y sistemático sobre la recolección de datos. Los distintos grupos establecidos a partir del mismo conjunto de entrevistados nos permiten enriquecer los datos extraídos de la muestra, pero haremos explícitos dichos grupos sólo en las propiedades en que resulten significativos. ¿Cuáles son los criterios para establecer los grupos? En primer lugar, en nuestra muestra hallamos una importante diferencia del impacto del diagnóstico según se viva o no con el VIH, por lo que analizamos primero qué ocurre con las personas con hepatitis C y luego qué sucede con las que viven con VIH o están coinfectadas. Otra de las variaciones importantes entre grupos es la que se da a partir del sexo del entrevistado; así analizamos, por un lado, qué ocurre con la vida sexual post-diagnóstico de las mujeres (todas ellas heterosexuales) y, por otro lado, qué sucede con los hombres, realizando la distinción (significativa para nuestra investigación) entre hetero y homosexuales. Por último, otros dos criterios que consideramos fueron los de nivel socioeconómico y nivel educativo.

⁶Comenzamos reclutando a los entrevistados en distintos servicios de salud (de infectología y hepatología), siempre que fueran adultos viviendo con VIH, hepatitis C o ambos, y habitaran en la ciudad de Buenos Aires. A partir de los primeros entrevistados, la muestra se fue conformando a través del mecanismo de “bola de nieve”, donde se fueron incluyendo a aquellas personas que estaban interesadas en participar de la investigación. En todo momento se buscó completar ciertas cuotas de grupos que consideramos importante incluir por la temática de la investigación (ex usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con hombres), respetando cierta diversidad de estratos socioeconómicos y niveles educativos de los entrevistados.

Categoría: El impacto del diagnóstico en la vida sexual

El diagnóstico implica, por parte del médico, una definición de la enfermedad diagnosticada, definición que se monta en el conocimiento previo que trae el paciente, si lo trae. Como mencionamos, todas las personas que entrevistamos tenían en el momento del diagnóstico un conocimiento bastante bien delineado del sida, mientras que prácticamente ninguna sabía de qué se trataba la hepatitis C.

Ahora bien, si afirmamos que en la mayoría de los casos el diagnóstico opera como un “antes y después” (Pierret 1998: 6), como un hito (Dillon 1997) en la vida de los infectados, este hito no puede dejar de tener consecuencias en el ámbito sexual. Las personas conviviendo con VIH/sida y/o hepatitis C *diseñan (construyen)* estrategias de adaptación que implican redefiniciones, una de las cuales ocurre a nivel de las relaciones y prácticas sociosexuales.

En este sentido, entendemos a la categoría *el impacto del diagnóstico en la vida sexual* como las modificaciones cuantitativas y cualitativas en la vida sexual del entrevistado a partir de su diagnóstico. Esta categoría se define según las siguientes propiedades, que emergieron del proceso de codificación:⁷

- 1) Número y frecuencia de encuentros sexuales
- 2) Tipo y número de parejas sexuales
- 3) Utilización de preservativo
- 4) Autocalificación de la vida sexual
- 5) Principales / primeros cambios en las prácticas sexuales
- 6) Deseo, deseos y placer sexuales
- 7) Anticoncepción y embarazo

Al existir fuertes vínculos conceptuales entre las propiedades 1 y 2, creemos práctico presentarlas juntas, aunque distinguiéndolas analíticamente y trazando las correspondientes relaciones conceptuales. Se insinuarán a lo largo de esta primera caracterización algunas relaciones entre propiedades (por ejemplo, entre 5 con 1 y 3, o entre 4 y 6, además de la mencionada), las que serán retomadas en mayor profundidad en el análisis de las relaciones conceptuales.

Analicemos ahora las propiedades.

PROPIEDAD 1: Número y frecuencia de encuentros sexuales y

PROPIEDAD 2: Tipo y número de parejas sexuales

⁷ Mientras que las *propiedades* se refieren a las características más concretas de algo susceptibles de ser conceptualizadas, las *categorías* (que se definen según determinadas propiedades) engloban información diversa pero con cierto denominador común. Es importante destacar que tanto categorías como propiedades tienen un carácter analítico-conceptual, y no meramente clasificatorio.

Entre los entrevistados que viven con VIH o están coinfectados, a nivel intrapsíquico aparecen numerosos temores que condicionan los comportamientos sexuales, ya sea disminuyendo su frecuencia, modificando algunas características o reduciendo la cantidad de parejas. Uno de esos temores es el de “contagiar”⁸ a la pareja sexual; otro es el de tener que comunicarle el estatus serológico (hasta el momento oculto).

Alejandra: “Y, es que pasa que a veces me ha pasado. Por ejemplo, he estado con un chico que bueno, estábamos por tener relaciones sexuales y él no se quería cuidar y él no sabía que yo... bueno, se lo tuve que decir y me dijo que a él no le importaba, que estaba todo bien, bueno, y no quise saber nada. Sería incapaz de contagiar a una persona.”

(Alejandra, VIH+, 31 años, estrato bajo, transmisión por vía sexual)

Los cambios a nivel intrapsíquico pueden ocurrir tanto en las propias personas viviendo con VIH como en sus actuales o potenciales parejas (regulares u ocasionales). En este sentido, el virus aparece en los testimonios de algunas entrevistadas como un doble obstáculo: tanto para un ejercicio pleno de la sexualidad como para establecer una relación de pareja estable.

Entrevistador: “¿Cambiaron tus prácticas sexuales [desde el diagnóstico]?”

Graciela: Sí.

Entrevistador: ¿En qué sentido decís que cambiaron?

Graciela: ¿En qué sentido? Eh... que no tengo tanta frecuencia, relaciones sexuales, que... muchos de los juegos sexuales me inhibo, pienso mucho en la otra persona, si se va a contagiar, si no lo voy a contagiar, si esto está bien, si esto no... eh... Y bueno, eso. (...)

Entrevistador: ¿Y en promedio vos tenés relaciones sexuales varias veces por semana, varias veces por mes, una vez por mes o menos?

Graciela: Una vez por mes o menos, depende, si estoy con una relación por ahí de unos meses, hasta que le digo... que, bueno, que soy portadora [de VIH], que tengo hepatitis... Después es como que se diluye.”

(Graciela, VIH+ / hepatitis C, 38 años, estrato medio, separada)

Prácticamente todas las mujeres de la muestra disminuyeron la cantidad de parejas sexuales a partir del diagnóstico (de VIH, de hepatitis C o coinfección), y muchas también disminuyeron la cantidad de encuentros sexuales. En cuanto a estos últimos, la mayoría de las mujeres entrevistadas oscila entre un encuentro semanal y la abstinencia. Ninguna menciona un aumento en estas propiedades y la mayoría señala directamente no tener parejas ocasionales. Entre los hombres entrevistados (heterosexuales y homosexuales), no hay patrones predominantes en cuanto a las variaciones de la frecuencia de la activi-

⁸ Aunque sabemos que en la jerga médica y de la sociología de la salud actualmente se habla de transmisión del VIH, utilizaremos “contagio” para destacar la palabra que los propios entrevistados usan habitualmente (recordando que trabajamos desde una perspectiva *emic* –desde los propios actores sociales).

dad sexual y a la cantidad de parejas luego del diagnóstico; hay una leve tendencia a disminuir o mantenerse igual, aunque (a diferencia de las mujeres) existen algunos casos en los que aumenta la frecuencia o la cantidad de parejas. Una mayoría de los entrevistados señala tener relaciones varias veces por semana.

Casi todos los entrevistados y entrevistadas de estrato socioeconómico bajo disminuyeron el número de parejas sexuales y/o el número de encuentros, destacándose que en este estrato algunos entrevistados se definen a sí mismos como casi abstinentes, fenómeno que analizaremos más adelante. Este grupo es significativo porque se inscribe en, y representa el extremo de, la *tendencia a la disminución de encuentros sexuales* que prevalece en la mayoría de nuestros entrevistados. Así, sólo algunos entrevistados de estrato socioeconómico medio reconocen aumentos en el número de encuentros sexuales, aunque una amplia mayoría disminuyó o mantiene igual cantidad de parejas. Aunque un número importante de entrevistados manifiestan tener relaciones sexuales prácticamente a diario, la mayoría señala haber reducido el número de parejas (y no tener ocasionales). Estos datos, cruzados con el de uso de preservativo según tipo de pareja, nos permiten inferir trayectorias de personas que comienzan a tener una pareja regular o aumentan el número de encuentros sexuales con dicha pareja (lo que no niega la posibilidad de que, en algunos casos, continúen teniendo contactos esporádicos con parejas ocasionales).⁹ Dentro de los entrevistados de estrato socioeconómico alto no se reconocen aumentos en el número de parejas ni en el número de encuentros sexuales (disminuyen o se mantienen iguales).

PROPIEDAD 3: Utilización de preservativo

En el caso de las personas que tienen hepatitis C, se perciben cambios en lo referido al inicio o incremento del uso del preservativo, fenómeno que también se presenta entre los que viven con VIH o están coinfectados.

Néstor: “Si bien la vía de contagio sexual es muy bajo el porcentaje, es casi inexistente pero hay algún antecedente, qué sé yo, usar preservativos en las relaciones con mi mujer... este... lo cual es incómodo.”

(Néstor, HCV+, 40 años, estrato alto, transmisión por uso de drogas inyectables)

Para las personas que viven con VIH o están coinfectadas, el VIH aparece como un problema de peso que obliga a tomar ciertas precauciones a la hora de mantener relaciones sexuales. Esta gestión del riesgo incluye estrategias individuales e interactivas puestas en práctica de un modo más o menos sistemático (fundamentalmente el uso de preservativo) (Aggleton et al 1992).

Ahora bien, respecto de las entrevistadas, prácticamente todas dijeron utilizar preservativo con sus parejas regulares u ocasionales, en caso de tenerlas. Por su parte, en cuanto a tipo de pareja y uso del preservativo, hay diferencias significativas entre los varones

⁹ Estudios previos (Kornblit 2000; Kornblit et al 2003) señalan la mayor actividad sexual entre las parejas estables, lo que podría vincularse con las mayores posibilidades de encuentro que este tipo de relaciones permite, con la intensidad del vínculo afectivo y con la mayor aceptación social de dichas parejas, que legitima los encuentros amorosos.

heterosexuales y los homosexuales. Mientras que los primeros prácticamente no reconocen parejas ocasionales y son mucho más irregulares en lo que respecta al uso de preservativo (tanto con su pareja regular como con las ocasionales, en caso de tenerlas), la mayoría de los hombres gays entrevistados reconocen tener parejas ocasionales y utilizar siempre preservativo (cualquiera sea el tipo de pareja). Aquí se hace muy presente la atribución de responsabilidad propia en el cuidado de los otros.

Dentro de los entrevistados de menor nivel educativo (secundario incompleto) prevalece notoriamente la utilización de preservativo, tanto con la pareja regular como con las ocasionales (los que las tienen), aunque algunos varones dicen usarlo sólo a veces (a pesar de que sus parejas son seronegativas). Las motivaciones de estos comportamientos riesgosos van desde la búsqueda de mayor placer hasta el deseo de tener un hijo. Las personas de nivel educativo medio (universitario incompleto) parecen constituir la población más irregular a la hora de usar preservativo, lo que probablemente esté vinculado con que la mayoría no reconoce parejas ocasionales (y los que sí lo hacen dicen utilizar preservativo), por lo que se relajan las normas de cuidado con las parejas regulares (incluso en los casos que éstas no viven con VIH ni tienen hepatitis C). Las motivaciones para no utilizar preservativo, aun existiendo la posibilidad de contagiar al otro o reinfectarse, son similares a las de los entrevistados de menor nivel educativo. Dentro de los de mayor nivel educativo, todos afirman utilizar preservativo siempre (tanto con parejas regulares como ocasionales). Podemos destacar que la mitad de los entrevistados que componen este grupo son gays, población muchas veces con mayor grado de información y concientización en torno a la transmisión del VIH (más considerando que varios de nuestros entrevistados están vinculados a organizaciones sociocomunitarias de prevención del VIH/sida).

PROPIEDAD 4: Autocalificación de la vida sexual

La mayoría de las mujeres entrevistadas perciben su vida sexual como más o menos satisfactoria, aunque tres entrevistadas califican su vida sexual entre satisfactoria y muy satisfactoria (son aquellas que tienen una frecuencia de varios encuentros sexuales por semana, asociación que analizaremos más adelante). Mientras tanto, entre los varones una mayoría considera su vida sexual satisfactoria (sólo tres entrevistados la califican como insatisfactoria).

Sin embargo, como veremos en la propiedad 6, estas autocalificaciones de la vida sexual no siempre tienen como correlato el mantener inalterado (o modificar positivamente) el espacio del deseo, los deseos y el placer sexuales luego del diagnóstico.

PROPIEDAD 5: Principales / primeros cambios en las prácticas sexuales

“¿Cambiate tus prácticas sexuales desde que conociste tu diagnóstico?”. Casi todos los entrevistados dijeron que sí, estableciendo el corte más significativo el tipo de virus. En el caso de las personas que sólo tienen hepatitis C, se notan cambios únicamente en lo referido al inicio o incremento del uso del preservativo. En el resto de las propiedades aquí estudiadas, no existe ningún patrón predominante de cambio en la vida sexual desde el conocimiento del diagnóstico. Por su parte, entre la mayoría de los entrevistados que viven con VIH o están coinfectados se observa una disminución tanto en el número

de parejas como en la frecuencia de encuentros, además del inicio o incremento del uso de preservativo.

Ahora bien, tomando a la totalidad de la muestra (sin hacer cortes), a grandes rasgos se mencionan dos cambios principales. En primer lugar, una gran mayoría de entrevistados señala que después del diagnóstico “tuvo más cuidado” o “más prevención” y, en términos concretos, comenzó o incrementó el uso del preservativo, o lo introdujo en prácticas en las que antes no lo usaba, como el sexo oral. Estos entrevistados pertenecen a los distintos estratos socioeconómicos, sexos, orientaciones sexuales, edades y niveles educativos incluidos en la muestra (aunque hay matices según estos cortes, como vimos en la propiedad 3, *Utilización de preservativo*). Entre quienes mencionan tener más cuidado en su actividad sexual están incluidos los entrevistados y entrevistadas que sólo viven con hepatitis C. Éstos, a pesar de no estar comprobada la transmisión por vía sexual de dicho virus, mencionan haber aumentado los cuidados y, específicamente, utilizar condón (al igual que los que viven con VIH/sida).

Entrevistador: “¿Y en tus relaciones sexuales?”

Marcos: Y... me tuve que... tuve un período de tener que cuidarme... este... hasta que bueno, después me dijeron que podía dejar de usar forro de nuevo...

Entrevistador: ¿Por la [hepatitis] B?

Marcos: Por la [hepatitis] C, por la C...

Entrevistador: ¿Pero y la B? ¿Vos decís que la B ya está, no tenés más?

Marcos: No tengo más.”

(Marcos, hepatitis C, 31 años, estrato medio, transmisión por uso de drogas inyectables)

La utilización de preservativo en estas personas que tienen hepatitis C (tanto con parejas ocasionales como con regulares) puede tener su origen en la indicación médica y/o en el temor a “contagiar” al otro. La gestión de la enfermedad (sea VIH/sida o hepatitis C) incluye tanto los comportamientos de autocuidado (principalmente de reinfección) como aquellos preventivos hacia terceros.

Entrevistador: “¿Y en tus relaciones sexuales?”

Esteban: Y, cambió, cambió porque yo me cuido mucho más, cuando tengo una relación pasajera me cuido mucho más y estoy pendiente de que no hay ningún inconveniente para la persona que esté conmigo.”

(Esteban, VIH+, 22 años, estrato medio, transmisión por vía sexual)

Un segundo grupo de entrevistados, más pequeño, habla de una primera etapa de abstinencia posterior al diagnóstico y un presente de disminución notable en la cantidad de encuentros y parejas sexuales: “casi abstinentes”, se definen al menos cinco de ellos. Como mencionamos en la caracterización de la propiedad 1 (*Número y frecuencia de encuentros sexuales*), este grupo es significativo porque se inscribe en un fenómeno más amplio que prevalece en la mayoría de nuestros entrevistados: la disminución de encuentros sexuales a partir del diagnóstico. La disminución considerable de la frecuencia

de la actividad sexual no se limita a la falta de parejas, sino que puede ocurrir inclusive con la propia pareja regular. Dentro de este grupo que bajó la frecuencia de su actividad sexual considerablemente, todos viven con el VIH (algunos, además, con hepatitis C) y tienen entre 31 y 45 años. Las motivaciones principales que nombran son el miedo tanto de “contagiar” al otro como al hecho de verse obligado a comunicar su estatus serológico. También se menciona, en menor medida, el miedo a la reinfección. La cuestión del temor a contagiar a otro es una de las modalidades en que hace su aparición el *miedo* como elemento que cumple diversas funciones en la vida cotidiana de las personas que conviven con VIH y/o hepatitis C (cuestión que retomaremos al final del artículo). Aquí, el miedo reduce la frecuencia de los encuentros sexuales casi hasta la abstinencia.

Tanto en el primer grupo (que comienza a “cuidarse más”) como en el segundo (que disminuye considerablemente la frecuencia de sus encuentros sexuales), subyace la cuestión del carácter disruptor del diagnóstico. Esto, junto con el problema del deseo y la satisfacción sexual, han sido cuestiones poco abordadas en las investigaciones sobre vida sexual. Ya otros estudios (Schiltz et al 1995; Green 1995; citados en Grimberg 2002) han señalado respuestas extremas, desde la abstinencia o disminución significativa de relaciones no protegidas hasta el aumento en relaciones ocasionales no protegidas. En nuestra investigación, incluso existen casos de personas que con posterioridad al diagnóstico alternan conductas radicalmente opuestas entre sí.

Entrevistador: “Y cuando te enteraste del HIV, ¿el número de tus relaciones sexuales subió, bajó o seguía igual que siempre?”

Pedro: No, bajó..., casi desapareció te diría.. (...)

Entrevistador: Por ejemplo, vos usabas forro, no usabas forro... ¿en ese sentido igual que siempre?

Pedro: Sí... no, desde que me enteré... hubo etapas, una etapa de cuidarme, otra etapa de: ‘se va todo a la *concha* de la madre’... este... otra etapa, luego, de cuidarme... y... pero sigue siendo, digamos, mis relaciones sexuales, hoy por hoy, son iguales que siempre.”

(Pedro, VIH+, 34 años, estrato medio, transmisión por vía sexual)

En este testimonio se visualiza cierta tendencia a “normalizar” la vida cotidiana, atenuando los efectos disruptores del diagnóstico, al afirmar que las relaciones sexuales siguen iguales que antes del diagnóstico. En muchos de nuestros entrevistados está presente esta tendencia “normalizadora”, esta búsqueda de “normalidad” en la vida sexual (aunque no sólo en esta esfera de la vida cotidiana).

Entrevistador: “¿Y vos cambiaste la opinión o la imagen sobre la enfermedad? Vos decías: antes no me acercaba... ¿y ahora?”

Liliana: ¡Ay, sí!, porque ahora sé; aparte nosotros somos normales, nosotros somos normales y hacemos una vida normal.”

(Liliana, VIH+ / hepatitis C, 45 años, estrato bajo, transmisión por vía sexual)

PROPIEDAD 6: Deseo, deseos y placer sexuales

Las nociones de deseo y placer son centrales para la psicología, en general, y el psicoanálisis, en particular. En el presente estudio, enmarcado en un enfoque predominantemente sociológico, trabajaremos con una perspectiva *emic* de esas nociones, es decir, con lo que nuestros entrevistados interpretan, comprenden por deseo, deseos y placer sexuales.¹⁰ Podemos adelantar que para nuestros entrevistados *el* deseo sexual es entendido como *ganar* de tener relaciones sexuales, mientras que *los* deseos sexuales son entendidos como *búsquedas* de sensaciones que brinden mayor placer. Por su parte, se entiende al *placer* sexual como *satisfacción*.

Para los entrevistados gays, el diagnóstico de seropositividad no parece tener un impacto significativo y/o durable en lo referente a sus deseo, deseos y placer sexuales.

Entrevistador: “El número de tus relaciones sexuales, ¿disminuyó, aumentó, está igual?”

Sebastián: Eh... mirá, ni sé si aumentó o bajó, sé que lo hago cuando tengo ganas. (...)

Entrevistador: Y desde que te enteraste del diagnóstico, ¿cambiaste tus prácticas sexuales?

Sebastián: Eh... cambiarla no, qué sé yo... creo que la... siempre uno... va buscando más sensaciones, no sé...”

(Sebastián, VIH+, 40 años, estrato alto)

En otros casos, con posterioridad al diagnóstico aumenta *el* deseo sexual e, incluso, se ven estimulados *los* deseos sexuales.

Entrevistador: “¿Y desde que te enteraste del diagnóstico positivo, cambiaron tus prácticas sexuales?”

Diego: ¿Con referencia a...?

Entrevistador: A la cantidad, el modo...

Diego: No, la cantidad no, al contrario, la cantidad aumentó, inclusive lo he hablado con los médicos por si hay algún problema por el tipo de hepatitis. Ahora, lo que es el modo... no, o sea, he implementado un montón de cosas tanto para satisfacción mutua como... de ambos... cambiaron un montón de cosas.

Entrevistador: ¿En qué sentido cambiaste?

¹⁰ Sin embargo, no podemos ignorar la influencia del discurso psicológico (y, particularmente, psicoanalítico) en nuestra cultura. En este sentido, desde la teoría de los guiones reconocemos la realidad de las teorías de los instintos y las teorías de los impulsos (dentro de las que se incluiría el psicoanálisis), por un lado, como explicaciones culturales alternativas de por qué las personas son sexuadas / sexuales y, por otro lado, como afirmaciones hechas por los individuos para justificar y racionalizar las actividades sexuales en las cuales se hallan implicados (Laumann y Gagnon 1995). Para la perspectiva de los guiones dichas explicaciones, cuando provienen de científicos y psicólogos, son parte de los escenarios culturales intersubjetivos sobre sexo que circulan en la sociedad y, cuando provienen de individuos (legos), son parte del “por qué” de sus guiones sexuales intrapsíquicos (lo que cada uno se dice a sí mismo) e interpersonales (lo que cada uno le dice a otros).

Diego: En tratar de ver otro tipo de formas sexuales, siempre con mujeres... tanto en posiciones como lo que sea..., no agregar ningún tipo de aparatos porque ese tipo de cosas también... no me *piacce*, no me gusta.”

(Diego, VIH+ / hepatitis C, 30 años, estrato medio)

Es significativa la diferencia en esta propiedad según el sexo del entrevistado: para varias entrevistadas viviendo con VIH, el impacto del diagnóstico implicó una disminución del deseo sexual e, inclusive, la eliminación de ciertas prácticas sexuales que antes brindaban placer. Como ya mencionamos, el temor a “contagiar” al otro puede provocar tanto la disminución drástica de relaciones sexuales como la supresión de prácticas placenteras (por propia inhibición o porque se considera que pierden su carácter placentero al introducir elementos para evitar el riesgo de transmisión).¹¹

En otros testimonios se menciona a *el* deseo y a *los* deseos sexuales, como posibles causas de comportamientos de riesgo.

Entrevistador: “¿Y con tu pareja regular usás preservativo?

Diego: Sí, sí.

Entrevistador: ¿Siempre?

Diego: Tuvimos en varias oportunidades que no hemos usado por el tema de (no se entiende)...

Entrevistador: ¿Y cuando no usan qué es, para...?

Diego: Son momentos que no se pueden explicar, viste, de repente estás *sacado*, están *sacados* los dos.”

(Diego, VIH+ / hepatitis C, 30 años, estrato medio, casado)

Recapitulando esta propiedad, desde una perspectiva *emic* podemos establecer el siguiente esquema.

Esquema 1 – Percepciones de los actores en torno a la propia vida sexual

El deseo —————→ *ganas* (de tener relaciones sexuales)

Los deseos —————→ *búsquedas* (de nuevas / mayores formas de placer)

El placer —————→ *satisfacción*

¹¹ Más adelante retomaremos las contradicciones entre los discursos sobre el placer y la prevención en nuestros escenarios culturales.

PROPIEDAD 7: Anticoncepción y embarazo

Existe una pluralidad de reacciones y posicionamientos frente a la anticoncepción y el embarazo luego de enterarse del diagnóstico, que podemos ubicar en un *continuum*. Recordemos que ambos virus son pasibles de transmitirse por vía perinatal (aunque en el caso de la hepatitis C sean bajas las probabilidades).

De los dichos de nuestros entrevistados se desprende que el hecho de intentar tener un hijo o una hija, o el evitarlo mediante métodos anticonceptivos más o menos eficaces, proviene de una coincidencia de intereses o de un plan más o menos consensuado con la pareja. Así, un primer grupo está compuesto por aquellos que, a pesar del riesgo de que su hijo/a nazca con una infección, deciden buscarlo como parte de un proyecto de pareja.

Entrevistador: “Y con respecto a la anticoncepción vos decís que ustedes están buscando, así que eso no es lo que te preocupa... si quedara embarazada...”

Ricardo: No, si queda...

Novia de Ricardo: Sí, preocupa un poco por el tema de que si llega a dar positivo.

Ricardo: Claro, por el chico, viste, entendés... Pero igual ahora hay medicación, hay todo.

Entrevistador: ¿Y la pérdida, el embarazo que ustedes perdieron era buscado o fue...?

Novia de Ricardo: No, vino.

Ricardo: Vino, vino, de dos años que venimos haciendo, cuidándonos y no cuidándonos; cuando empezó a tomar pastillas quedó embarazada...

Entrevistador: ¿Cuándo empezaste a tomar pastillas?

Ricardo: Quedó embarazada.

Novia de Ricardo: Al primer mes.

Ricardo: Viste...

Novia de Ricardo: O sea, no funcionan.

Entrevistador: Y actualmente lo que vos me decís es que no se cuidan sistemáticamente, se cuidan a veces...

Ricardo: Sí, nos cuidamos a veces.

Novia de Ricardo: Sí, a veces.

Entrevistador: ¿Y a veces por qué se cuidan?

Ricardo: Y, porque está cerca del período de menstruación, viste, como que... aumenta la posibilidad de [transmisión]... Tampoco es exacto.”

(Ricardo, VIH+ / hepatitis C / hepatitis B, 35 años, estrato bajo, de novio)

Del testimonio citado, podemos destacar que dos circunstancias *a priori* difíciles (la pérdida de un embarazo y la serodiscordancia de la pareja) no se constituyen como obstáculos para el proyecto de tener un hijo biológico.

Por otro lado, un segundo grupo está compuesto por aquellas parejas que, sin estar buscando deliberadamente tener un hijo, no adoptan ningún método confiable para evitarlo.

Entrevistador: “Y ustedes no se cuidan me decías con preservativo en las relaciones sexuales...

Susana: No, no.

Entrevistador : ¿Y no tienen miedo a esto de las reinfecciones o...?

Susana: No, no porque estamos los dos muy bien de salud, viste. Hipotéticamente... bah, hipotéticamente no, yo hace dos años que estoy indetectable, tengo 777 de CD 4... Ya no contagio el bicho por relaciones sexuales, sí lo contagiaría por sangre pero no por relaciones sexuales. Y José está en el mismo caso que yo, así que mientras que no tengamos ninguno una herida, viste, no... no hay reinfección. Y no somos promiscuos. (...)

Entrevistador: ¿Y vos igual te cuidás, digamos, de... prevenís embarazos...?

Susana: No, no, no, nos cuidamos de esa manera, no tomo anticonceptivos porque el cóctel que estoy tomando anula los anticonceptivos, o en su defecto el anticonceptivo anula la potencialidad del cóctel.

Entrevistador: ¿Y el tema de usar algún diafragma o alguna cosa así...?

Susana: No, porque me genera infecciones.

Entrevistador: O sea que se cuidan... calculando los días...

Susana: El método de la manzana... (risas)

Entrevistador: ¿Cuál?

Susana: Llevar una manzana entre las rodillas y no abrir las piernas (risas).”

(Susana, VIH+ / hepatitis C, 38 años, estrato bajo, actualmente en pareja)

Esta pareja, en la que ambos miembros viven con el VIH, mantiene relaciones sin preservativo (puesto que consideran que por su carga viral no hay riesgo de reinfección) y no toma otros recaudos para evitar un embarazo (aduciendo que anularía los efectos del cóctel de tratamiento para el VIH). De esta manera, aunque no se proyecta tener un hijo, sólo “calculando los días” se instala fuertemente la posibilidad de un embarazo no planificado.

Un tercer grupo está formado aquellos y aquellas que intentan evitar el nacimiento de un hijo, adoptando diversos métodos anticonceptivos. Este grupo es mayoritario entre nuestros entrevistados, y los motivos señalados para evitar un embarazo van desde experiencias previas dolorosas y complejas hasta el temor de que el recién nacido se infecte.

Entrevistador: “¿Y ahora desde que te enteraste de la hepatitis, por ejemplo para la prevención de embarazo, te cuidaste sistemáticamente...?

Laura: Eh... sí, yo quedo embarazada con mucha facilidad, soy muy fértil, así que bueno... eh... tanto para el HIV como para quedar embarazada trato de siempre cuidarme... Hubieron un par de veces que no me cuidé, pero bueno, en lo posible trato y una de las cosas que hablé con el médico era colocarme un espiral, un DIU, para no quedar emba-

razada, y el me dice: ‘bueno, pero igual te tenés que cuidar con preservativo por el tema de Javier...’ sí, pero quiero tener la certeza de no volver a quedar embarazada... Primero porque ya tengo tres y no quiero tener más y segundo porque las veces que quedé embarazada..., la vez pasada esto lo hablaba con una amiga, eh... no tengo la suerte de repente como otras mujeres de quedar embarazada y tener un embarazo más feliz, porque vivo obsesionada pensando en que si puede nacer con algún problema o nacer enferma, no me lo perdonaría nunca en mi vida. Entonces bueno, para qué voy a vivir angustiada, en un embarazo por más que después mis hijos son lo que más quiero en el mundo..., para qué voy a vivir un embarazo angustiada y arriesgar a que un bebé nazca con algún problema por yo ser una inconsciente... Entonces bueno, decidí ahora en poco tiempo ponerme un DIU y al mismo tiempo bueno, seguir cuidándome con preservativos por el tema...

Entrevistador : Y en todos estos años no usabas vos...

Laura: Sí, preservativos nos cuidamos siempre...

Entrevistador : No, pero digo, pastillas, o espiral...

Laura: No, no porque con el tema de que me tenía que cuidar siempre con preservativo... es como que no... en realidad era también un método para cuidar de no quedar embarazada, pero bueno, como hubieron un par de oportunidades que no me cuidé... este... dije: ‘no, para mayor seguridad...’

Entrevistador: Las dos chiquitas, la segunda y la tercera vinieron...

Laura: Sí, sí, bueno, fue porque no me cuidé y porque yo quedo embarazada con facilidad, porque soy muy fértil, entonces bueno, por eso mismo... eh...

Entrevistador: O sea que en ningún momento te dijo el ginecólogo... se le ocurrió decirte: ‘además del preservativo, igual...’

Laura: No, no, fue idea mía, como todos daban por hecho que sí o sí me tengo que cuidar con preservativo, que sería lo ideal... eh... pero bueno, yo quiero tener la total seguridad de que por más que me cuide con preservativo, el preservativo se llegue a romper o algo por el estilo no quedar embarazada...”

(Laura, hepatitis C, 29 años, estrato medio, su marido –Javier- vive con VIH)

Gabriel: “Yo por ejemplo la vez pasada con mi pareja... eh... al principio cuando empezamos a tener sexo decíamos: ‘bueno, si no tenemos preservativo no vamos a tener sexo’ y después de un tiempo, empezamos a tener sexo sin preservativo, por ejemplo: eran las 3, 4 de la mañana, no teníamos preservativo y en vez de salir a comprar teníamos sexo igual y.. muy de vez en cuando... muy de vez en cuando... Y a raíz de eso fue que quedó embarazada, ahora la última vez y yo lo hablé con mi médico y me dijo: ‘y bueno, uno hace lo que puede...’, me dijo: ‘tratá en lo posible de que...’.”

(Gabriel, VIH+ / hepatitis C, 31 años, estrato medio, en pareja)

Como vemos en estos testimonios, a pesar de la voluntad explícita de no tener hijos (utilizando como herramientas distintos anticonceptivos), las excepciones pueden devenir en embarazos no planificados. Estos embarazos pueden ser vividos con culpa (como dice Laura, “voy a vivir un embarazo angustiada y arriesgar a que un bebé nazca con

algún problema por yo ser una inconsciente”) o como resultado de la fragilidad de la voluntad (Gabriel acepta el “uno hace lo que puede” del médico)

En otros casos o se descarta totalmente la posibilidad de tener un hijo biológico con la pareja estable no portadora (porque la infección se articula con una historia de por sí compleja respecto del embarazo) o se posterga momentáneamente la búsqueda de una pareja regular (por sentir que no puede darle un “hijo normal”).

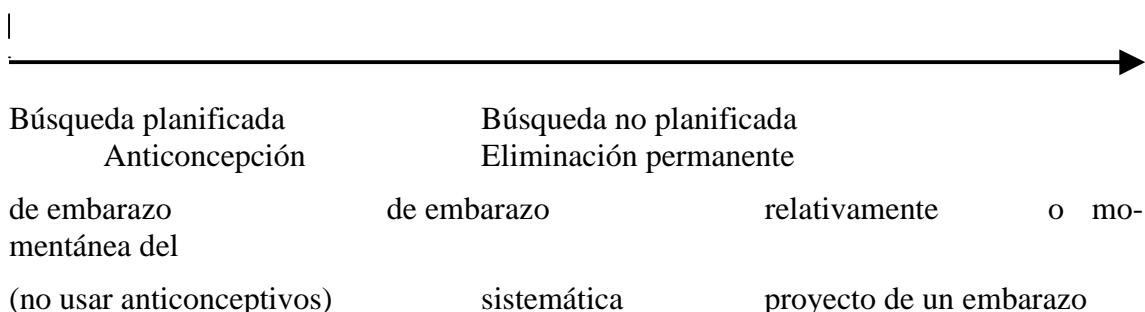
Juan: “El hecho mío es que no... yo todavía no estoy buscando una pareja estable para estar, y no sé si soy tan fuerte como para decirle que ‘soy portador y conmigo no vas a poder tener un hijo normal, sino vas a tener que hacer todo un proceso para evitar que sea portador.’”

(Juan, VIH+ / hepatitis C, 34 años, estrato bajo, separado, transmisión por uso de drogas inyectables)

En este testimonio reaparece la cuestión de la “normalidad”, y la tensión constante de aquellas personas conviviendo con el virus que pretenden “normalizar” sus vidas.

A partir de los dichos de nuestros entrevistados, podemos establecer el siguiente esquema para recapitular las características de esta propiedad.

Esquema 2 – Continuum de percepciones de los actores en torno al embarazo y la anticoncepción



Análisis de las relaciones conceptuales en torno a la categoría el impacto del diagnóstico en la vida sexual

Ya describimos y analizamos las distintas propiedades de la categoría *el impacto del diagnóstico en la vida sexual*. Ahora estableceremos algunas relaciones conceptuales entre las propiedades de dicha categoría, y entre esta categoría y otras (como *narraciones culturales de la enfermedad*). De esta manera buscamos articular crecientemente los componentes de la teoría, clarificando su lógica y eliminando propiedades no relevantes.

A este fin, consideramos fecundo utilizar los aportes de la teoría de los guiones (en el inglés original, *theory of sexual scripting*) para echar luz sobre los hallazgos de nuestro trabajo inductivo. ¿Por qué complementar a la teoría fundamentada con la teoría de los guiones? Tenemos al menos dos razones. En primer lugar, compartimos la crítica (bastante frecuente) a la teoría fundamentada de que apenas reconoce la conceptualización

teórica que hay antes de entrar en campo o en el mismo momento de la formulación de un problema de investigación. Raramente se empieza una investigación desde una “tabla rasa” y, en nuestro caso, existía cierto marco teórico al inicio de la investigación. En segundo lugar, cabe señalar que la guía de entrevista utilizada nos marcó algunos límites, por lo que rastreamos mediante el uso de la teoría de los guiones algunos sentidos dados por los sujetos y sus contextos de interacción social a sus comportamientos.¹²

Desde finales de los años ochenta diversos científicos sociales (Simon y Gagnon 1984; Parker 1994; Parker y Gagnon 1995; Weeks 1995, 2000; entre otros) vienen proponiendo considerar a la sexualidad como un proceso de construcción a la vez individual y social, que supone intercambios complejos, realizados desde relaciones de poder y mecanismos de regulación social que articulan valores, normas y funciones diversas según los contextos.

En este sentido, consideramos significativo el aporte del construccionismo social en sus diversas vertientes, cuyos estudios se centran en la generación colectiva de sentido mediante el lenguaje y la interacción social en general (Valles 1997). Este enfoque enfatiza, por un lado, el carácter similar de la conducta sexual con respecto a otras conductas sociales y, por otro lado, el carácter cultural e históricamente situado de dicha conducta. Dentro de esta perspectiva mayor, se encuentra la teoría de los guiones, que analiza aspectos culturales, interpersonales y mentales de la sexualidad, reconociendo en estos niveles *guiones*, en tanto metáforas para conceptualizar comportamientos sociales.

Al considerar que los guiones existen individual, interaccional y culturalmente, la sexualidad es pensada como algo más que como un mero comportamiento individual: las performances de los actos sexuales recurren a guiones de los tres niveles y, consecuentemente, los potenciales cambios en la conducta sexual pueden emerger de cambios en cualquiera de ellos. Así, la perspectiva de los guiones propuesta por Gagnon y Simon distingue entre:

-*escenarios culturales*: las guías para conductas sexuales y de otro tipo, que están embebidas en las narraciones culturales;

-*guiones interpersonales*: los patrones estructurados de interacción dentro de los cuales los individuos como actores participan en el comportamiento interpersonal cotidiano (incluyendo la actividad sexual);

-*guiones intrapsíquicos*: los planes y fantasías por los cuales los individuos se guían y reflexionan sobre su conducta pasada, presente y futura.

En esta descripción de la conducta sociosexual, un individuo reflexivo participa en una interacción social concreta con otros, guiado en parte por un sistema significativo de instrucciones culturales individualmente interpretadas. La fuerza de este modelo radica en brindar conjuntamente los tres niveles de significado (el cultural, el intersubjetivo y el intrapsíquico) y vincularlos mediante un sistema de reglas interpersonales de interacción. Como vemos, la relación entre escenarios culturales, guiones interpersonales y guiones intrapsíquicos es compleja y difiere no sólo a lo largo de las culturas y momentos históricos, sino también dentro de grupos en culturas, y también a través de los individuos dentro de culturas y subculturas. Un primer grupo significativo es el de

¹² Al ser una entrevista que pretendía abarcar diversas esferas de la vida cotidiana, sólo había unas pocas preguntas referentes a la vida sexual del entrevistado.

aquellos entrevistados solamente con hepatitis C quienes, a excepción del mencionado y significativo inicio o incremento del uso del preservativo, no presentan ningún patrón predominante de cambio en el resto de las propiedades estudiadas. Esto parece estar vinculado a dos cuestiones. En primer lugar, a otra categoría: *las narraciones culturales de la enfermedad* (en este caso, las percepciones de nuestros entrevistados acerca de cómo es visto la hepatitis C por el Estado, la sociedad y los medios de comunicación). Aquí los entrevistados destacan la ausencia de escenarios culturales que, en general, den cuenta de la hepatitis C y, en particular, la asocien con la sexualidad.

Entrevistador: “Y para vos –de las dos, de la hepatitis B y de la C-, ¿se habla lo suficiente?”

Marcos: No, para nada se habla.

Entrevistador: Y cuando se habla, ¿se habla de manera exacta o de manera inexacta?

Marcos: Inexacta.

Entrevistador: ¿Y de manera con respeto o peyorativamente? (...)

Marcos: No, como si no existiera casi, ni se habla de la hepatitis C.”

(Marcos, hepatitis C, 31 años, estrato medio, transmisión por uso de drogas inyectables)

Entrevistador: “¿Y la gente sabía un poco de qué se trataba la hepatitis C?”

María José: No, nadie sabía, hoy no saben. (...)

Entrevistador: Según vos, ¿de la hepatitis C se habla: no lo suficiente, lo suficiente, demasiado?

María José: Yo no lo puedo evaluar eso, pero si cada vez que le digo a alguien: ‘tengo hepatitis C’ no sabe de qué se trata... o no se habla lo suficiente o no es un tema que importe, qué sé yo...”

(María José, hepatitis C, 45 años, estrato alto, transmisión por uso de drogas inyectables)

En segundo lugar, al considerarse que dicho virus no se habría contraído ni se transmitiría mediante relaciones sexuales, no emergen (no se *redactan*) nuevos guiones interpersonales que alteren la continuidad de los patrones de comportamiento sociosexual estructurado previo al diagnóstico.

En cambio, la presencia del VIH/sida (en tanto construcción cultural, interpersonal e intrapsíquica) es recurrente en todos los niveles de guionación de la vida sexual. Esto se ve reflejado en las modificaciones post-diagnóstico en las propiedades aquí estudiadas. Entre la mayoría de los entrevistados que viven con VIH o están coinfectados se observa una disminución tanto en el número de parejas como en la frecuencia de encuentros y un inicio o incremento del uso de preservativo. Estos fenómenos están estrechamente vinculados entre sí y, muchas veces, sus orígenes tienen raíces comunes. Veamos.

Por un lado, nuestros entrevistados señalan a las construcciones que asocian el VIH a la muerte, el miedo y la culpa como parte constitutiva de los guiones intrapsíquicos propios y de las personas que los rodean.

Entrevistador: “¿Y qué es lo que vos pensás que piensan los demás sobre la enfermedad?”

Martín: Que le tienen miedo, yo siento que le... a la gente, yo le tenía pánico... pero es impresionante el miedo que siento que le tiene [al VIH] y que me tienen... en determinadas ocasiones...

Entrevistador: ¿Quiénes te tienen miedo?

Martín: Y quizás varias personas que se han acercado o por sexo o por... qué sé yo... gente que no... que en un principio no se animaba a tomar mate conmigo, ¿entendés?... no sé... yo sé que es ignorancia... pero sentís el miedo del otro.”

(Martín, VIH+, 29 años, estrato medio, transmisión por vía sexual)

Leonardo: “Mi mamá cuando yo se lo dije... eh, cuando le dije que tenía una idea de que podía tener [VIH], se me largó a llorar y me dice que esto es un castigo por todo lo malo que hice en mi vida...”

(Leonardo, VIH+, 31 años, estrato medio, hombre gay infectado por sexo con otros hombres)

A su vez, estos contenidos de los guiones parecen estar fuertemente arraigados en los escenarios culturales dominantes en nuestro país desde mediados de la década del ochenta hasta avanzada la década del noventa: principalmente los discursos enunciados por el Estado y los medios de comunicación que asociaban al sida con la muerte y los “grupos de riesgo” (Jones y Kornblit 2001). Varios entrevistados consideran que estos contenidos continúan presentes.

Entrevistador: “Acá dice: según vos, ¿del sida se habla: no lo suficiente, suficiente, demasiado?”

Pablo: No lo suficiente (...)

Entrevistador: ¿Sería que hay poca información?

Pablo: Nada de información, muy poca información con respecto al sida... Y lo que se habla... ‘este sidoso de mierda’ o ‘pobrecito, tiene sida, se va a morir’...

Entrevistador: Está muy presente el tema de la muerte y esto...

Pablo: O sea, ‘sida es igual a muerte’, es el lema, así, general de la sociedad...

Entrevistador: ¿Y eso vos lo ves en los medios?

Pablo: En los medios, en la calle...”

(Pablo, VIH+, 21 años, estrato medio, transmisión por vía sexual)

Estas narraciones culturales brindan ciertos materiales (contenidos) para la puesta en práctica de comportamientos sociales específicos. A nivel interpersonal, el actor social se vuelve, al menos parcialmente, guionista al adaptar las mencionadas narraciones a las situaciones concretas de interacción (aquí media cierta actividad intrapsíquica requerida

cuando la simple adecuación a los roles sociales –o la modificación de los materiales dados por los escenarios culturales- se ha tornado dificultosa). Esto es importante para entender los comportamientos sexuales luego del diagnóstico de VIH, ya que todo comportamiento de un actor social debe reflejar en cierta medida los contenidos del escenario cultural correspondiente.

En este sentido, otra categoría se vincula estrechamente con la que estamos analizando: *las narraciones culturales de la enfermedad* (en este caso, las percepciones de nuestros entrevistados acerca de cómo es visto el sida por el Estado, la sociedad y los medios de comunicación). Estas imágenes condicionan fuertemente el desarrollo de su vida sexual post-diagnóstico. Más específicamente, consideramos que la combinación de un virus asociado a la muerte, su posibilidad de transmisión sexual y el hecho de que las personas que viven con él sean estigmatizadas, hace que la actividad sexual difícilmente permanezca inalterada. Y estos cambios probablemente tiendan, por lo general, a la disminución tanto de parejas como de encuentros sexuales; ambos fenómenos se comprueban en la mayoría de nuestros entrevistados que viven con VIH (más marcado aun entre las mujeres y las personas de estrato socioeconómico bajo).

Particularmente en lo que concierne a la disminución de la actividad sexual y a la falta de parejas ocasionales de las mujeres que componen nuestra muestra, una posible explicación residiría en la reelaboración a nivel intrapsíquico de ciertas narraciones culturales que asocian el contagio de VIH en mujeres con cierto “descontrol” (en cuanto a consumo de drogas y/o promiscuidad sexual), con la connotación moralmente negativa que esto conlleva para una mujer en nuestra sociedad.

Susana: “Yo antes de enterarme que tenía HIV... no, mejor dicho, antes de... de cambiar mi estilo de vida, que cambió realmente a partir que dejó el consumo de drogas, este..., tenía una vida muy promiscua.”

(Susana, VIH+ / VHC+, 38 años, estrato bajo, transmisión por uso inyectable de drogas)

Otra interpretación, más factible creemos, de este fenómeno radicaría en el temor de transmisión del virus a la pareja; este temor, a nivel intrapsíquico, se encuentra más presente entre las mujeres que entre los hombres y es pensado en términos de culpa más que de responsabilidad. Este temor actúa de dos maneras distintas sobre el nivel interpersonal: por un lado, como un obstáculo auto-impuesto a la hora de buscar parejas sexuales ocasionales y, por otro lado, como un obstáculo para desarrollar una vida sexual plena (ya sea por disminución de *el* deseo –entendido como *ganas*- o por la imposibilidad de realizar *los* deseos –*búsquedas* de nuevas fuentes de placer sexual).

Entrevistador: “¿Cambiaron tus prácticas sexuales [desde el diagnóstico]?”

Graciela: Sí.

Entrevistador: ¿En qué sentido decís que cambiaron?

Graciela: ¿En qué sentido? Eh... que no tengo tanta frecuencia, relaciones sexuales, que... muchos de los juegos sexuales me inhibo, pienso mucho en la otra persona, si se va a contagiar, si no lo voy a contagiar, si esto está bien, si esto no... eh... Y bueno, eso.”

(Graciela, VIH+ / hepatitis C, 38 años, estrato medio, separada)

Entrevistador: “Y tu vida sexual actual, ¿vos cómo la calificarías: como satisfactoria, más o menos satisfactoria, insatisfactoria?”

Claudia: En realidad te diría que más o menos porque, prácticamente son muy espaciadas las veces que mantengo relaciones sexuales, pero porque yo no quiero mantenerlas, no tengo ganas.”

(Claudia, VIH+, 35 años, estrato medio, transmisión por vía sexual, actualmente en pareja)

Es interesante que, en vinculación con la autocalificación de la vida sexual, aquellas mujeres entrevistadas que oscilan entre un encuentro sexual semanal y la abstinencia perciben su vida sexual como más o menos satisfactoria, mientras que aquellas que hablan de una frecuencia de encuentros sexuales de varias veces por semana califican su vida sexual entre satisfactoria y muy satisfactoria, asociando (casi directamente) la mayor satisfacción sexual a una mayor frecuencia (por cierto, otro contenido bastante frecuente en nuestros escenarios culturales).

Retomando los motivos de esta disminución considerable de la actividad sexual posterior al diagnóstico de VIH (en algunos casos, hasta llegar a la abstinencia), estos pueden continuar rastreándose tanto a nivel de los guiones intrapsíquicos (por una caída del deseo), los guiones interpersonales (no querer contar acerca de su estatus serológico a una nueva pareja), como a nivel de los escenarios culturales (por ejemplo, las primeras campañas sobre el VIH/sida que, entre otras formas de prevención, promovían la abstinencia), cuyos contenidos son reelaborados mediante aquella actividad mental (pensar en directamente no tener relaciones sexuales para evitar transmitir el virus a otras personas).

Especialmente entre los hombres entrevistados, otra vinculación importante entre propiedades es la estrecha relación entre el tipo de parejas sexuales y el uso o no de preservativo, donde encontramos diferentes patrones entre los heterosexuales y los gays. Mientras que los primeros prácticamente no reconocen parejas ocasionales y son mucho más irregulares en lo que respecta al uso de preservativo (tanto con su pareja regular como con las ocasionales, en caso de tenerlas), la mayoría de los hombres gays entrevistados reconocen tener parejas ocasionales y utilizar siempre preservativo (cualquiera sea el tipo de pareja). Aquí hay, al menos, tres cuestiones a tener en cuenta.

En primer lugar, los varones heterosexuales manifiestan como prácticamente imposible el contagio del VIH a través de relaciones sexuales con su pareja regular, eliminando casi totalmente esa posibilidad de su horizonte visible. En segundo lugar, es significativo recordar que la mayoría de los homosexuales fue reclutada para la entrevista mediante organizaciones vinculadas a la prevención del VIH/sida. Esta participación sociocomunitaria muy probablemente estimule las conductas de prevención y autocuidado. Por último, el hecho de que dichas conductas preventivas sean más sistemáticas entre varones gays también pueden pensarse como resultado de cierto grado de asimila-

ción de años de discursos oficiales (narraciones culturales) donde se identificaba la comunidad homosexual como un “grupo de riesgo” (categoría ya perimida).

El hecho de que tantos entrevistados mencionen a la “mayor prevención” como el principal cambio post-diagnóstico, y su asociación inmediata (y casi unidireccional) con el uso de preservativo, puede asociarse a que las campañas preventivas del VIH/sida realizadas por el Estado en la última década (parte significativa del escenario cultural que rodea a nuestros entrevistados) pusieron el énfasis en dicho comportamiento. Aunque dista de ser lineal el alcance de la influencia de estas campañas sobre los comportamientos de nuestros entrevistados (por ejemplo, a partir de la reelaboración intrapsíquica que hacen de las mismas), debemos destacar que, al estar orientadas a la población en general, se concentraban en lo que afecta a prácticamente todas las personas (la actividad sexual), dejando en segundo plano otros comportamientos de cuidado (como no compartir jeringas ni agujas). Indudablemente, cierto eco de dichas campañas resuena en lo dicho por nuestros entrevistados.

Llegado este punto, es importante hacer algunas aclaraciones teóricas para explicar los comportamientos de cuidado a partir de sus *motivos-porque* y *motivos-para*. Como señala Soldano (2002: 69) en su repaso de la sociología comprensiva de A. Schütz, cuando interrogamos un curso de acción por su pasado y su futuro estamos indagando acerca de los motivos que resultan adecuados y relevantes para el actor y/o el observador. En cierta medida, el motivo es el fundamento o sostén de la conducta. En la teoría general de los motivos que desarrolla Schütz, realiza una distinción entre *motivos-para* y *motivos-porque* que nos resulta útil para el análisis de los comportamientos sexuales de cuidado. En el primer caso, el actor orienta su conducta hacia la realización de un estado de cosas que espera producir: la acción es un medio para la realización de un fin. En el segundo caso, el actor fundamenta significativamente su conducta echando mano a su acervo de experiencias que lo llevaron a iniciar tal o cual curso de acción: el actor considera su conducta como el efecto de un componente causal que reside en su pasado (Soldano 2002: 69).¹³

Ahora bien, ¿qué *motivos-porque* llevan a iniciar o incrementar el uso de preservativo a partir de un diagnóstico de seropositividad? ¿*Para* qué se adoptan determinados comportamientos de cuidado en torno a la transmisión del VIH/sida? ¿Cuáles son los límites de dichos comportamientos? Un grupo importante de entrevistados menciona al temor a “contagiar” a su pareja (regular u ocasional) como *motivo-porque* tener comportamientos de cuidado. Éste puede reformularse en *motivo-para*, considerando que iniciar comportamientos de cuidado tendría como fin evitar la transmisión a las parejas sexuales.

Entrevistador: “¿Y con respecto a tu vida como gay cambió en algo o...?”

David: Sí, pero relativo, sí, en principio cambió la forma de tener relación sexual mayor prevención por miedo a contagiar a quien estuviera conmigo. (...)

¹³ Sin embargo, los límites trazables entre cada complejo motivacional son sutiles. Como marca Soldano (2002: 70), “también los motivos-para tienen una prehistoria especial de cada proyecto que nos remite a la sedimentación de experiencias pasadas y de bagaje cognoscitivo que integran la historia de vida del actor en cuestión”. Un ‘porqué’ puede estar dirigido hacia el futuro y podría constituirse en un ‘para’ sin pérdida de sentido: ante la pregunta ‘¿por qué utilizar preservativo?’, la respuesta ‘porque aprendí que es una forma de evitar la transmisión del VIH’ puede reformularse en ‘para evitar transmitirle el VIH a mi pareja’.

Entrevistador: Y actualmente, ¿usás preservativo?

David: Sí.

Entrevistador: ¿Con tu pareja regular?

David: Sí.

Entrevistador: ¿Y con tus parejas ocasionales?

David: También.

Entrevistador: En el último año, ¿tuviste alguna relación sexual o relaciones sexuales sin preservativo?

David: Eh... no.”

(David, VIH+, 35 años, estrato medio, transmisión por vía sexual)

Un segundo grupo de entrevistados mencionó que un *motivo-para* iniciar ciertos comportamientos de cuidado era el preservarse uno mismo, principalmente, del peligro de reinfección, para así mantener (como horizonte deseado) las defensas inmunológicas lo más altas posible.

Entrevistador: “¿Y en las relaciones sexuales?

Ruth: Son una cagada, perdón (risas) disculpame, disculpame... Porque, o sea, te limita muchísimo y yo he tenido relaciones con una sola persona, que ya lo sabía por supuesto y trato de cuidar mucho a esa persona y a la vez cuidarme yo. Porque dentro del protocolo, del tratamiento, también el tema de reinfectarme yo... es un riesgo... entonces... Te limita mucho.”

(Ruth, VIH+, 53 años, estrato bajo, transmisión por vía sexual)

Este *motivo-para* puede pensarse como *motivo-porque* cuyo origen es el conocimiento (proveniente del saber médico) que manejan (y reformulan) los propios actores: la reinfección incrementaría la carga viral, lo que llevaría a una baja de las defensas y consecuente empeoramiento de la salud de la persona.

Entrevistador: “Desde que te enteraste del diagnóstico, ¿cambiaste tus prácticas sexuales? (...)

Esteban: Me cuido mucho más, me cuido muchísimo más, no estoy... no estaba tan libre antes pero bueno... Pero todo por una cuestión de que, bueno también por mí ¿no?, yo igual me pongo un profiláctico pero me cuido mucho más porque si yo me acuesto con una persona que tenga HIV y yo no me cuido o no sé, se me rompe el profiláctico, pueden bajar las defensas, también por esa persona, no es solamente... uno acá ya está que se tiene que cuidar, inclusive con una persona que conozco.”

(Esteban, VIH+, 22 años, estrato medio, transmisión por vía sexual)

Un tercer grupo mencionó que un *motivo-para* tener comportamientos de cuidado era poder evitar así el hecho de tener que comunicar su estatus serológico. Esto es signifi-

cativo ya que, en muchos casos, las reacciones efectivas y/o esperadas de las parejas (ocasionales y/o regulares) de las personas viviendo con VIH/sida determinan no sólo la calidad de la vida y el estado de ánimo de dichas personas, sino también la propensión a adoptar comportamientos de riesgo o saludables (Manzelli y Pecheny 2002: 123). Este *motivo-para* tener comportamientos de cuidado (el no querer comunicar la seropositividad) tiene una prehistoria arraigada en la sedimentación de experiencias pasadas y de bagaje cognoscitivo que integran la historia de vida del actor en cuestión. En este sentido, como se observa en el siguiente testimonio, puede pensarse también en términos de *motivo-porque*.

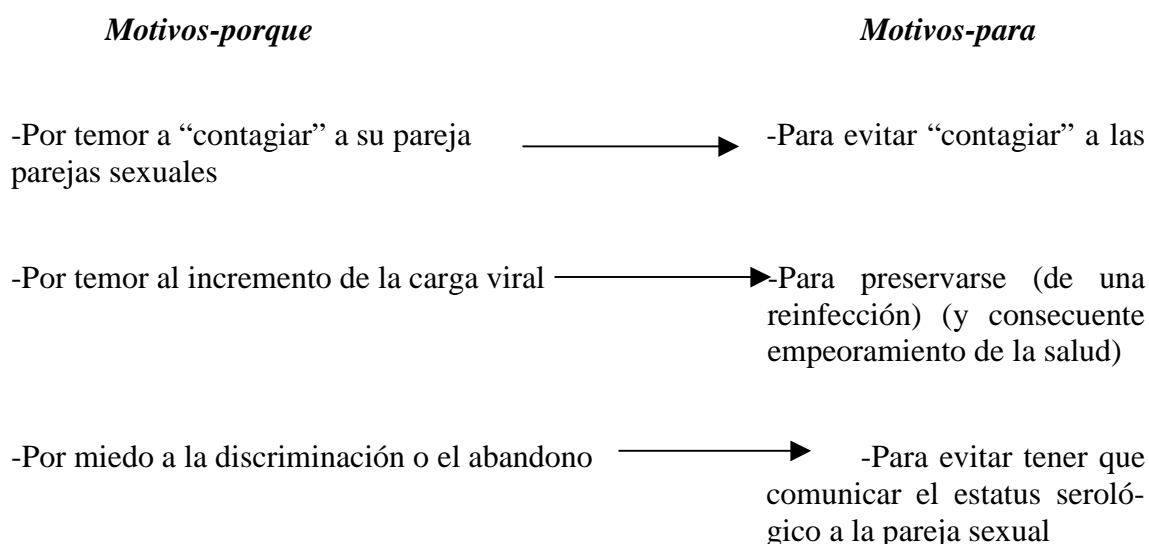
Claudia: “Y después con las otras parejas que tuve en el tiempo que estuve separada de él era más que nada el hecho de pensar que si esto sigue y si tengo que decírselo y no querer contarle... el sentirme... el miedo a sentirme discriminada... el miedo a cuando se enterara...”

(Claudia, VIH+, 35 años, estrato medio, transmisión por vía sexual)

Evitar decir que se vive con VIH puede ser el *efecto* de un componente causal que reside en el pasado del actor (experiencias de discriminación propias y/o ajenas en situaciones similares, por ejemplo) y el *medio* a través del cual realizar un estado de cosas que espera producir (evitar posibles situaciones de discriminación y estigmatización, por ejemplo).

Recapitulemos mediante un esquema la vinculación entre los motivos-porque y motivos-para comportamientos de cuidado.

Esquema 3 – Motivos-porque y motivos-para comportamientos sexuales de cuidado



El temor a comunicar su estatus serológico puede entenderse a la luz del concepto de discriminación anticipada, presente en muchas personas que viven con VIH: cuando el individuo, anticipándose a un rechazo, se autodiscrimina (Pecheny 2002). Así, vemos en

el testimonio de la misma entrevistada (y en otros) que una de las posibles consecuencias de la comunicación del hecho de vivir con VIH a una pareja es que la relación se termine, “se diluya”. Por lo tanto, esta comunicación es visualizada por algunos de nuestros entrevistados como una potencial causa de ruptura de una relación.

Entrevistador: “Y el tema del VIH, vos ahora estás sin pareja estable ¿no?”

Alejandra: Yo en este momento estoy sola completamente.

Entrevistador: ¿Tenés otras parejas sexuales?

Alejandra: No, no, no.

Entrevistador: Y al que estabas en pareja le contaste y eso fue lo que...

Alejandra: Lo que rompió la pareja digamos. Tenemos una relación buenísima, somos muy amigos pero no puedo estar con él porque bueno, él se persigue, le tiene miedo, se hizo un HIV también... yo siempre me cuidé, las pocas veces que estuve con él me cuidé pero no... bueno, muy perseguido él siempre... por ahí yo me cortaba y él se corría... no, no se podía.”

(Alejandra, VIH+, 31 años, estrato bajo, separada)

Respecto al hecho de compartir la información del estatus serológico, la idea discriminación anticipada nos permite aproximarnos heurísticamente a situaciones en que los sujetos actúan de manera previa para evitar sufrir estigmatización y discriminación (por ejemplo, no revelando el problema o seleccionando los contextos y sujetos a quienes informar su condición). En el caso de la vida sexual, consideramos que una estrategia de manejo del estigma es evitar participar de situaciones que abren la posibilidad de tener que comunicar el hecho de vivir con VIH (ya sea tener relaciones sexuales con personas que no quieren utilizar preservativo o iniciar una relación de pareja). En los casos en que no se pueden o no se quieren evitar prácticas sexuales de riesgo, emerge (para algunos entrevistados) la necesidad de comunicar la seropositividad y, más específicamente, lo que el VIH significa para ellos.

Entrevistador: “Con las parejas ocasionales, o tus parejas, ¿usabas preservativo?”

Susana: No, no porque... este... mirá, todos supieron que yo era HIV, yo he tenido parejas que no han sido HIV, (...) con los que no han sido HIV yo no sé si es por su gran destrucción o por su gran negación o por el... -hablando mal y pronto-, por el boludeo: ‘a mí no me vas a contagiar’, ellos han decidido no cuidarse en el momento y los he sentado en un bar así como estamos sentados vos y yo, ya sabían que era HIV, les volví a explicar qué significaba ser HIV, que llegado el caso iban a tener que tomar medicación de por vida, que por ahí la medicación les hacía bien como no..., que por ahí iban a estar bien de salud como yo y se iban a morir... Y bueno, que eligieran ellos, yo no... no había un riesgo mío, entonces los dejaba elegir a ellos. Y de hecho las parejas que he tenido sanas han optado por arriesgarse, cosa que a mí me parece una locura, pero bueno... no se cuidaban... Yo si estuviera sana me cuidaría (risas), o sea, te doy mi pensamiento, viste...”

(Susana, VIH+ / hepatitis C, 38 años, estrato bajo, actualmente en pareja)

Un elemento que consideramos significativo retomar, ya que se hace presente en muchas de las propiedades analizadas, es el *miedo*. A partir del diagnóstico, el miedo cumple diversas funciones en la vida cotidiana de las personas que conviven con VIH y/o hepatitis C. A continuación, presentamos un esquema que pretende sistematizar algunas cuestiones al respecto que fueron esbozadas a lo largo del trabajo.

Esquema 4: *Presencia del miedo en la vida sexual de las personas viviendo con VIH y/o hepatitis C*

MIEDO	
<i>A qué</i>	<i>Qué produce</i>
-a “contagiar” a las parejas sexuales ¹⁴	-mayor prevención (uso de preservativo)
-a reinfectarse	-menor cantidad de encuentros sexuales
-a tener que comunicar el hecho de vivir con una enfermedad (discriminación, pérdida de pareja)	(en el límite, la abstinencia) -menor cantidad de parejas sexuales

Finalmente, queríamos hacer algunas precisiones acerca del deseo, deseos y placer sexuales. En la caracterización de dicha propiedad, siguiendo los dichos de nuestros entrevistados, hablamos de *el* deseo como *ganas* de tener relaciones sexuales. Sin embargo, para la teoría de los guiones no hay un instinto o impulso sexual innato que explique (o justifique) “naturalmente” la conducta. Los individuos adquieren, a través de un proceso de aculturación que dura desde el nacimiento hasta la muerte, patrones de conducta sexual que son apropiados a esa cultura. Esto no significa que sean simplemente espejos de los escenarios sexuales de su cultura: mientras crecen realizan adaptaciones individuales a partir de lo que es originalmente provisto por ésta (Laumann y Gagnon 1995). En culturas complejas y contradictorias como la nuestra, tales adaptaciones individuales pueden ser muy diversas, pero esto no debe hacernos olvidar que inclusive aquellos patrones que son pensados como desviados de las normas tienen su origen en la misma cultura.

Entrevistador: “¿Actualmente usás preservativo?”

Ricardo: Sí.

Entrevistador: ¿Con tu pareja regular?

Ricardo: Sí.

Entrevistador: ¿Siempre o...?

Ricardo: No, a veces no.

Entrevistador: Cuando no lo usás, ¿por qué...? ¿A propósito o...?

Ricardo: No, no, porque quiere ella a veces.

¹⁴ Cabe acotar que el temor de transmisión del virus a la pareja se encuentra más presente entre las mujeres que entre los hombres y es pensado, por ellas, en términos de culpa más que de responsabilidad (que es como lo piensan predominantemente los varones entrevistados).

Entrevistador: (a la novia) Bueno, te voy a preguntar a vos, ¿no te da miedo agarrarte el HIV?

Novia de Ricardo: No.

Entrevistador: ¿Pensás que no te lo vas a agarrar o pensás que si te lo agarrás no importa?

Ricardo: Ya se hizo [el análisis]

Novia de Ricardo: No, porque desde la primera vez que salí con él es como que no... no me importaba mucho... Igual el último que me hice fue en agosto y me salió negativo.

Entrevistador: ¿Y eso te da tranquilidad, que es negativo, o...?

Novia de Ricardo: Un poco, sí, un poco.

Entrevistador: ¿Y el no querer usar...?

Ricardo : Por el gozo.

Entrevistador: ¿Eh?

Ricardo: Por gozar.

Entrevistador: Vos decís que es más...

Novia de Ricardo: Sí, a veces sí...

Entrevistador: Más placentero sin [preservativo] ...

Novia de Ricardo: Sí, a veces necesito... sentirlo a él bien... a veces lo necesito.

Entrevistador: ¿Y toman algún otro tipo de recaudo?

Ricardo: Sí.

Novia de Ricardo: Sí, a veces sí.

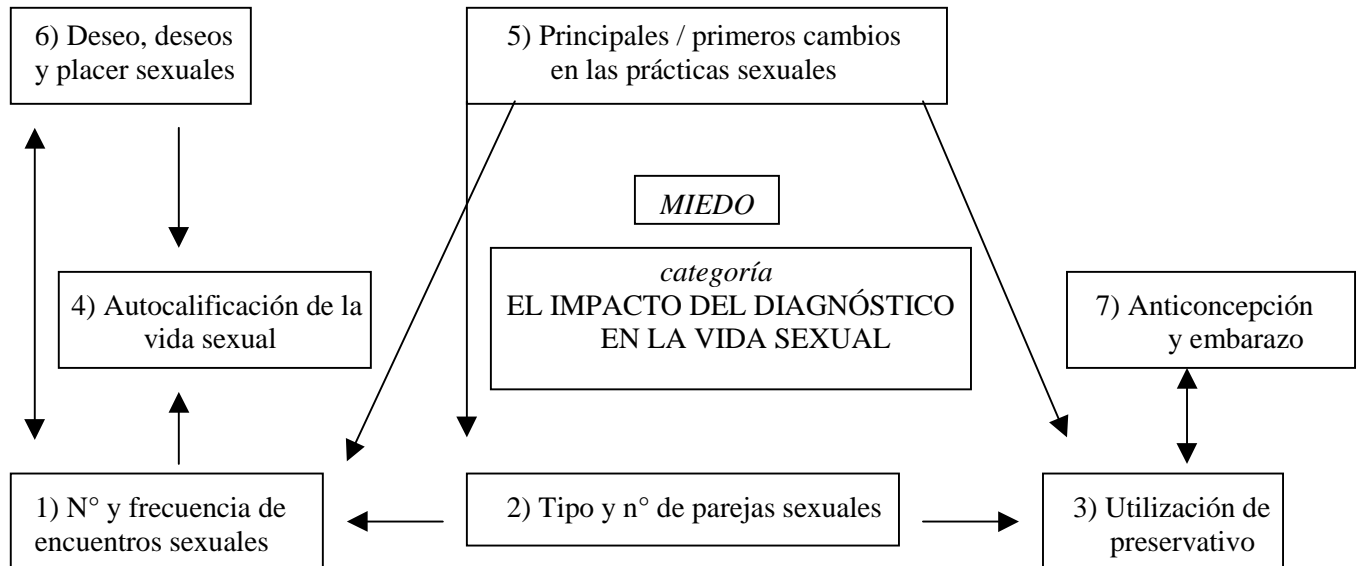
Ricardo: Eyaculo afuera."

(Ricardo, VIH+ / HCV+, 35 años, estrato bajo, transmisión por uso de drogas inyectables)

En este testimonio, un comportamiento considerado, desde el discurso de la prevención, riesgoso y transgresor de la norma (por la posibilidad de transmitir el VIH a la pareja, el comportamiento *normal, correcto* sería utilizar preservativo), tiene su origen en la misma cultura que ciertamente lo condena. El carácter complejo y contradictorio de nuestros escenarios culturales nos permite entender cómo, desde un discurso del placer, se consideran más placenteras a las relaciones sexuales sin preservativo (un contenido muy extendido). Así, los discursos sobre el *placer* y la *prevención* chocarían también en las reelaboraciones que los individuos hacen (a nivel interpersonal e intrapsíquico) de las narraciones culturales, cuando, aun sabiendo del riesgo que implica tener relaciones sexuales sin utilizar preservativo, las llevan adelante y encuentran argumentos socio-culturales que legitiman su práctica. Una pregunta de investigación que excede este trabajo es cuán profundamente debemos indagar en las narraciones culturales sobre el placer (no sólo sexual) para pensar estrategias preventivas más efectivas en la lucha contra el VIH/sida.

Algunos comentarios finales

Esquema 5: Relaciones conceptuales entre las propiedades de la categoría el impacto del diagnóstico en la vida sexual



Mencionemos brevemente las relaciones que se ven en el esquema 5.

El tipo y número de parejas sexuales (2) con posterioridad al diagnóstico actúa como condición bajo la cual varían el número y frecuencia de encuentros sexuales (1) y la utilización de preservativo (3). Por ejemplo, aquellos entrevistados que forman (o conservan) una pareja regular con posterioridad al diagnóstico tenderán a mantener relaciones sexuales más frecuentemente y propenderán a cuidarse menos que aquellos que sólo tengan parejas ocasionales.

Por su parte, los principales / primeros cambios en las prácticas sexuales (5) se ven reflejados (se hacen visibles) en el número y frecuencia de encuentros sexuales (1), que tiende a disminuir, en el tipo y número de parejas sexuales (2), ya que en muchos casos desaparecen las parejas ocasionales, y en la utilización de preservativo (3), que tiende a incrementarse.

El número y frecuencia de encuentros sexuales (1) actúa como una de las condiciones bajo la cual varían la autocalificación de la vida sexual (4) y el placer sexual (6). Por ejemplo, ante lo que los propios entrevistados consideran una baja frecuencia de encuentros sexuales, tenderán a calificar su vida sexual como insatisfactoria y a mencionar una disminución del placer sexual. Por su parte, el deseo, deseos y placer sexuales (6) actúan como una de las condiciones de las variaciones en el número y frecuencia de encuentros sexuales (1), por caso, una caída de *el* deseo (entendido como *ganas* de tener relaciones) se reflejará en una menor frecuencia sexual. La autocalificación de la vida sexual (4) es consecuencia tanto de las variaciones del número y frecuencia de encuentros sexuales (1) como de las que ocurren en torno al deseo, deseos y placer sexuales (6) ya que, por ejemplo, ante una disminución de los encuentros sexuales y la percepción de un menor placer sexual, la autocalificación tenderá a señalar cierta insatisfacción .

También observamos un vínculo estrecho entre la utilización de preservativo (3) y la anticoncepción y el embarazo (7) reflejado, por ejemplo, en los embarazos no planificados a causa de la falta de regularidad en el uso de preservativo.

Ante la pregunta “¿cambiaste tus prácticas sexuales desde que conociste tu diagnóstico?”, casi todos los entrevistados dijeron “sí”. El tipo de virus marcó el corte más significativo ya que, en el caso de las personas que sólo tienen hepatitis C, se notan cambios únicamente en lo referido al inicio o incremento del uso del preservativo, mientras que entre la mayoría de los entrevistados que viven con VIH o están coinfectados se observa una disminución tanto en el número de parejas como en la frecuencia de encuentros, además del inicio o incremento del uso de preservativo. Si tomamos a la totalidad de la muestra (sin hacer cortes), a grandes rasgos se mencionan dos cambios principales. En primer lugar, una gran mayoría de entrevistados señala que después del diagnóstico “tuvo más cuidado” o “más prevención” y, en términos concretos, comenzó o incrementó el uso del preservativo, o lo introdujo en prácticas en las que antes no lo usaba, como el sexo oral. Estos entrevistados pertenecen a los distintos estratos socioeconómicos, sexos, orientaciones sexuales, edades y niveles educativos incluidos en la muestra (aunque hay matices según estos cortes, como vimos en la propiedad 3). En segundo lugar, un grupo más pequeño de entrevistados habla de una primera etapa de abstinencia posterior al diagnóstico y un presente de disminución notable en la cantidad de encuentros y parejas sexuales, llegando a definirse algunos de ellos como “casi abstinentes”. Este grupo es significativo porque se inscribe en un fenómeno más amplio que prevalece en la ma-

yoría de nuestros entrevistados: la disminución de encuentros sexuales a partir del diagnóstico (disminución no exclusivamente atribuible a la falta de parejas, sino inclusive con la propia pareja regular).

Bibliografía

- AGGLETON P., DAVIES P. Y HART G. (editores), 1992: *AIDS: raids, risk and reason*. Londres y Washington, The Falmer Press.
- DILLON M., 1997: *Convivir con virus*. Buenos Aires, Editorial La Página.
- GAGNON J. y PARKER R., 1995: "Conceiving Sexuality", en Parker R. y Gagnon J. (editores), *Conceiving Sexuality. Approaches to Sex Research in a Postmodern World*. Nueva York, Routledge.
- GAGNON J. y SIMON W., Nov.-Dic. 1984: "Sexual Scripts", en *Society*.
- GLASER B. y STRAUSS A., 1967: *The discover of grounded: strategies for qualitative research*. Chicago, Aldine.
- GRIMBERG M., 2002: "Vih-Sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con Vih." En *Cuadernos Médico Sociales* N° 82, Octubre de 2002, Rosario, pp 43-59.
- JONES D., 2002: "Repensando lo sexual", en revista *Idea*, N° 37, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis.
- 2003: "Secretos vinculados: el manejo de la información acerca de la orientación sexual en gays viviendo con VIH". Ponencia a *XXIV International Congress LASA 2003*, Dallas, 27-29 de marzo.
- JONES D. y KORNBLIT A., 2001: "Un análisis de las noticias sobre el sida en los principales diarios argentinos". En Kornblit A. (comp.), *El sida en la prensa escrita argentina*. Buenos Aires, Documentos de trabajo del Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- KORNBLIT A., 2000: *Sida: entre el cuidado y el riesgo*. Buenos Aires, Alianza.
- KORNBLIT A., MENDES DIZ A. y JONES D., 2003: "Sexualidad y consumo de drogas por vía inyectable". En revista *Acta*, Buenos Aires.
- KORNBLIT A., MENDES DIZ A., CAMAROTTI A. y FEDERICO A., 2003: "Consumo de drogas e infección por el VIH". En Kornblit A. L. (compiladora), *Nuevos estudios de drogadicción* (en prensa).
- MANZELLI H. y PECHENY M., 2002: "Prevención del VIH/Sida en 'hombres que tienen sexo con hombres'". En Cáceres C., Pecheny P. y Terto V. (edits.), *Sida y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción*. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia y ONUSIDA.
- PECHENY M., 2002: "Identidades discretas". En Arfuch L. (comp.), *Identidades, sujetos y subjetividades*. Buenos Aires, Prometeo.
- PECHENY M., MANZELLI H. y JONES D., 2002: *Vida cotidiana con VIH-sida y/o hepatitis C. Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. En Serie Seminarios Salud y Política Pública, Buenos Aires, CEDES.
- 2003: "La teoría fundamentada: los elementos centrales de este enfoque metodológico, ilustrados a partir de una investigación sobre vida cotidiana con VIH/sida y con hepatitis C". En Kornblit A. (comp.), *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales* (en prensa).

-PIERRET J., 1992: "Coping with Aids in Everyday Life", en Pollak M., Paicheler G. y Pierret J. (editores), *AIDS: A Problem for Sociological Research*. Londres, SAGE: 66-84.

1998: *Vivre longtemps avec le VIH: Recits sur la longue duree de vie et reconstruction du temps*. París, CERMES.

-SOLDANO D., 2002: "La subjetividad a escena. El aporte de Alfred Schütz a las ciencias sociales", en Schuster F. L. (comp.), *Filosofía y métodos de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires, Manantial.

-STRAUSS A. et al., 1984: *Chronic illness and the quality of life*. St Louis y Toronto, The C.V.Mosby Company.

-VALLES M., 1997: *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid, Síntesis.

-WEEKS J., 1995: "History, Desire and Identities". En Parker R. y Gagnon H. (editores), *Conceiving Sexuality*. Nueva York y Londres, Routledge.

2000: *Making Sexual History*. Cambridge, Polity Press-Blackwell Publishers.